

# Dilemas bioéticos en la práctica clínica y el manejo del dolor crónico

## Bioethical dilemmas in clinical practice and chronic pain management

**Dídimo Castillo Fernández\***

Universidad Autónoma del Estado de México,  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n3.03>

### Resumen

La bioética clínica ha evolucionado en la afirmación de los principios generales fundamentales que protegen la salud de las personas. El manejo y alivio del dolor es un derecho humano universalmente reconocido como tal, susceptible del escrutinio ético y bioético, toda vez que implica la toma de decisiones que comprometen la calidad de vida de las personas. El dilema ético sobre el manejo del dolor suele entrañar conflictos de valores en las decisiones cruciales, sobre todo cuando no hay una única alternativa, tratamiento y estrategias de intervención lo suficientemente compartidas y aceptadas. El problema ético y bioético en el manejo del dolor, sobre todo en pacientes con padecimientos crónicos y/o estado de estrés, al final de la vida sigue repre-

---

\* Doctor en Estudios de Población por El Colegio de México. Maestría en Nutrición Clínica por la Universidad Monterrey, Morelia, México y estudios de doctorado en Ciencias de la Nutrición por la Universidad Anáhuac, México. Miembro e investigador distinguido del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II (SNI-Conacyt), Panamá. Correos electrónicos: [didimo99@prodigy.net.mx](mailto:didimo99@prodigy.net.mx) [didmocastillofernandez@gmail.com](mailto:didmocastillofernandez@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-6955-6814>  
Recepción: 23/02/23 Aceptación: 12/03/23

sentando un desafío para la práctica clínica, con consecuencias diversas en los pacientes adultos y repercusiones en los sistemas de salud y el entorno familiar y social de dichos pacientes.

*Palabras clave:* bioética, derechos humanos, dolor, manejo del dolor, cuidados paliativos.

## I. Introducción

El dolor podría ser considerado como un problema de salud mundial que afecta particularmente a la población adulta (1) demográficamente creciente, con padecimientos crónicos y discapacitantes, con consecuencias en la calidad de vida de dichas personas. No obstante, por las características propias de estos pacientes, generalmente afectados por comorbilidades o enfermedades crónicas degenerativas, la práctica médica del dolor enfrenta los dilemas éticos y bioéticos de su atención y cuidado, en cuanto a intervención y tratamiento adecuado aún no lo suficientemente resueltos. El déficit, en este sentido, sigue siendo notorio, a pesar del desarrollo experimentado por la bioética clínica durante las últimas décadas (2).

En términos clínicos generales, el dolor podría ser definido como un síntoma o manifestación de la inflamación sistémica o periférica, valorable en el diagnóstico de innumerables trastornos o complicaciones que, dependiendo de sus causas y manifestación, puede ser leve o grave, crónico o agudo, localizado o difuso. El dolor agudo es intenso y puede estar ligado o no a una intervención, un traumatismo o a la evolución de un proceso patológico; en cambio, el dolor crónico, generalmente menos intenso que el agudo, presenta la sintomatología de ser prolongado y provocado por alguna enfermedad, generalmente crónica o crónica agudizada, asociada con la edad del paciente. En este sentido, si bien, como se ha documentado, los pacientes con más de 50 años suelen requerir menos analgésicos que los más jóvenes, el dolor crónico, ligado a padecimientos crónicos

con efectos degenerativos, con largos periodos de sufrimiento e incluso de depresión y aislamiento, se presentan sobre todo en la población adulta y adulta mayor, en presencia de comorbilidades crónicas (3). Al dolor como manifestación física, caracterizada por la sensación de molestia en el cuerpo o parte de éste, también se suman, generalmente de forma coincidente, el sufrimiento y sentimientos de penas, frustración, tristeza y desolación en el paciente.

El dolor y el sufrimiento son propios a la condición humana (4), e inclusive, en ciertos umbrales, duración y forma de manifestación, inevitables y necesarios como parte de las estrategias defensivas del organismo y mecanismos de preservación de la vida (5). El dolor es una condición inherente a la enfermedad en su “proceso natural”, no exclusiva del paciente en estado crítico o fase terminal. No obstante, con el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, en particular el dolor crónico —el cual conlleva un mayor deterioro funcional y un aumento de sufrimiento del paciente—, adquiere un carácter endémico y, en este sentido, es considerado como un problema de salud pública que, como tal, demanda mayor atención y cambios en los patrones de relacionamiento médico-paciente. En particular, la asistencia clínica y hospitalaria en situación de estrés, en umbrales críticos de dolor no controlado y riesgos de muerte, complejiza la intervención médica, al activar un conjunto de valores y creencias del paciente y sus familiares y las del propio médico más allá de las condiciones habituales, en circunstancias en las que no siempre se dispone de los recursos técnicos y humanos para ofrecer una adecuada atención del paciente.

La ética y la bioética, propiamente dichas, son componentes inseparables de la práctica médica (6). El precepto de partida de la bioética enfatiza en el derecho a la preservación y cuidado de la salud como un derecho humano, en este sentido, como un derecho universal que tiene como fin garantizar la calidad de vida física, emocional y psíquica de las personas. El profesional de la salud tiene la obligación ética de beneficiar al paciente, evitarle o minimizar el daño, pero a la vez, respetar sus valores, creencias y decisiones y otorgarle atención equitativa a su condición personal y social, en función de

sus requerimientos. A pesar de ello, estos derechos a la protección y cuidado de los pacientes, tanto en la práctica clínica como en la investigación clínica experimental y no experimental, en determinadas circunstancias podrían ser vulnerados, en detrimento de la dignidad, la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Desde una perspectiva legal, basada en principios bioéticos, el adecuado alivio oportuno del dolor es un derecho del paciente y un deber tanto del médico como de la institución de salud que le ofrece su atención. No obstante, hasta hace escasas décadas, la investigación médica documentó “el tratamiento insuficiente de todos los tipos de dolor por parte de los médicos”, paradójicamente en un contexto en el que el campo de la bioética ya había evolucionado significativamente, pero en el que “el fenómeno del dolor casi no recibió atención de la literatura bioética”, y los propios bioeticistas no lo reconocieron como tal, y menos consideraron “el tratamiento insuficiente del dolor como un fracaso ético, y no meramente clínico, de la profesión médica” (2). El problema ético y bioético en el manejo del dolor, sobre todo en pacientes adultos con padecimientos crónicos y/o estado de estrés, al final de la vida, sigue representando un desafío para la práctica clínica con consecuencias diversas en los pacientes, además de repercusiones en los sistemas de salud y el entorno familiar y social de los mismos.

Este ensayo tiene como objetivo central ofrecer un marco de referencia teórica sobre la práctica clínica y el manejo adecuado del dolor desde una perspectiva legal y de derechos humanos, con fundamento en principios bioéticos. En particular, el dolor crónico ha adquirido el carácter de un problema de salud pública. Estudios recientes informan que alrededor del 30 por ciento de los adultos en los países occidentales, desarrollados y no desarrollados, padecen de dolor crónico asociado a algún padecimiento de base y que alrededor del 80 por ciento de los pacientes con dolor crónico “no están satisfechos con su tratamiento del dolor” (7). De ahí que, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, asociada con el rápido proceso de envejecimiento demográfico y cambios en el perfil epidemiológico, plantee nuevos desafíos en la práctica clínica en el

manejo del dolor crónico, particularmente en pacientes adultos y adultos mayores.

Es en este marco que, en particular el dolor crónico y el sufrimiento asociado a éste, se plantea lo que Cerdio considera “un desafío bioético emergente” (8), que obliga a enfatizar en el cuidado y alivio del dolor como un derecho humano basado en criterios y principios bioéticos, desligado de prejuicios y valoraciones discriminatorias del paciente, imputables a su condición o pertenencia étnica, origen, grupo o clase y vulnerabilidad social.

## 2. Los principios de la bioética médica

La bioética, como disciplina o ciencia de la conducta humana que vincula a la biología y la atención de la salud con principios éticos universales y valores morales, tiene como antecedente el libro de Rensselaer Potter *Bioethics: Bridge to the Future*, publicado a comienzos de la década de 1970, en el cual el autor centra su atención en la marcha del progreso científico y técnico alcanzado, y sus consecuencias no deseadas medioambientales y ecológicas que, según él, debido a sus desenfrenados excesos, amenazan a la propia vida humana. Si bien Potter enfatizó en la dimensión ecológica, a partir de su preocupación por los procesos industriales acontecidos con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, sentó las bases para las reflexiones posteriores que ponen en el centro el cuidado de la salud como un derecho humano fundado en principios bioéticos.

La bioética nació así, en el contexto de contradicciones sociales suscitadas durante la segunda mitad del siglo XX, pero también en el entorno de derechos que dio lugar al Código de Núremberg, en 1947, a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, y a otros instrumentos internacionales derivados de estos. El Código de Núremberg fue, de hecho, la primera respuesta a las atrocidades cometidas por el régimen nazi a seres humanos en nombre de la investigación médica. En cierto modo, dicho código es un documento referencial y simbólico.

Los problemas frecuentes de experimentación con seres humanos, muchos de ellos realizados con el auspicio y amparo del ejército u otras instituciones del Estado, y muchos con un alto componente racista, atrajeron la atención de las comunidades científicas en Estados Unidos. La “normalidad” manifiesta de este tipo de investigaciones promovidas y patrocinadas por el gobierno y las universidades de este país, empezó a ser duramente cuestionada. Las revelaciones respecto a la violación de derechos humanos y bioéticos de los estudios sobre la sífilis en Tuskegee, Alabama, a comienzos de la década de 1970, entre otras, fueron cruciales en este sentido. El *Belmont Report*, actualmente conocido como “Informe Belmont”, establecido poco después, instituyó el primer marco de referencia para la bioética de la práctica clínica y la investigación experimental en humanos.

La década de 1950 puso en cuestión los principios de la moral médica, asociados con la intervención, manipulación y control de determinados procesos humanos que hicieron sentir la necesidad de revisar los criterios éticos de la práctica médica. Resultado de ello, el decenio de 1970 dio lugar a dos niveles de reflexión y desarrollos teóricos de la bioética clínica, ante la instauración de la experimentación sobre seres humanos y la transformación de la actividad médica, ligada al rápido desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico y terapéuticas, y el consiguiente dilema ético en la toma de decisiones que comprometen la salud y la vida de los pacientes. El precepto de partida enfatizó en el derecho a la salud como un derecho humano y, dentro de este, el alivio del dolor como un derecho humano universal, que afecta y compromete la calidad de vida física, emocional y psíquica de los pacientes (9).

En general, la práctica clínica se desarrolla o debería desarrollarse en función de determinados principios y fundamentos éticos. A partir del “principio de autonomía”, corresponde involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento indicado. El “principio de beneficencia” orienta en búsqueda de la protección y el logro del bien del paciente. El “principio de no maleficencia” obliga a no causar daño, deliberado ni resultado de la acción, omisión o negligencia en la estrategia de atención adoptada; y basado en el “principio de

justicia”, garantizar la accesibilidad equitativa de recursos, el tratamiento analgésico adecuado y asegurar la calidad de la atención integral que demande el paciente (1). No obstante estas exigencias, los límites del deber, en particular en el manejo del dolor, no siempre están bien definidos o no son debidamente conocidos y compartidos por el personal de salud, sobre todo en el alivio del sufrimiento del paciente en condiciones o estados críticos como, por ejemplo, el dolor incontrolado, en casos de cáncer en etapas avanzadas, quemaduras o del paciente en unidades de cuidados intensivos (2,10,11,12).

En el Informe Belmont se establecieron parámetros específicos para la constitución de la bioética clínica y también experimental, en el ámbito de la investigación en seres humanos. En él se formuló, por primera vez, un marco de referencia estándar y los principios de la bioética clínica, enfocada a la protección de los pacientes y al establecimiento de pautas generales y específicas de la práctica médica. El manejo y alivio adecuado del dolor debe considerarse y asumirse en la práctica médica como un derecho humano, como tal, moral y éticamente sustentado en la bioética clínica principialista (13). Estos principios, centrales de la bioética teórica y aplicada a la práctica médica (14), son los siguientes:

- *Principio de no maleficencia*: este principio, fundamental de la práctica clínica y de investigación clínica, postula como máxima no causar daño al paciente, deliberado o resultado de la acción, omisión o negligencia en la estrategia de atención y/o intervención adoptada en la práctica clínica, o como consecuencia de la intervención, como resultado del proceso de investigación médica. El cuidado y protección del paciente debe asegurarse en todas las etapas o procesos de atención. En ningún caso, los efectos, daños o riesgos del paciente pueden ser mayores a los beneficios que deriven de la investigación o, en el ámbito clínico, el tratamiento y cuidado debe estar acorde con los requerimientos del paciente, evitando, en lo posible, riesgos colaterales mayores.

- *Principio de beneficencia:* se orienta en búsqueda de la protección y el logro del bien del paciente, es un principio que debe, igualmente, asumirse como beneficio para la sociedad. De ahí que sea responsabilidad del médico o, en su caso, del investigador, comunicar al paciente tanto de los beneficios potenciales como de los riesgos previsibles del tratamiento y/o intervención elegidos. En este marco, la confidencialidad es un derecho que debe preservarse, pero, en cada caso, se impone la seguridad física y emocional del paciente. Como puede notarse, estos principios de la bioética médica se complementan recíprocamente: la máxima de no hacer daño al paciente conlleva su seguridad y sentido de beneficencia, el cual exige la información y conocimiento informado por parte del paciente en el ejercicio de su autonomía y decisiones, las cuales, a la vez, deberían redundar en una distribución equitativa de los beneficios, teniendo en cuenta las diferencias en las condiciones sociales y económicas y particularidades de los pacientes. Este principio obliga al médico a actuar siempre en beneficio del paciente, y de prevenirle de cualquier daño, lo que, eventualmente, podría interferir con los valores y creencias del paciente, y generar tensiones en la toma de decisiones adecuadas o clínicamente pertinentes.
- *Principio de autonomía:* este principio otorga al paciente independencia en la toma de decisiones sobre el tratamiento indicado, o a su exposición y riesgos de su participación en un determinado estudio. El paciente debe decidir y elegir por sí mismo su participación, sin coacción, coerción o presión por parte del médico, el investigador o la entidad interesada en la investigación o en la puesta a prueba de un determinado tratamiento. Este principio colige con el derecho a disponer de toda la información necesaria para otorgar su anuencia a aceptar el tratamiento o, en su caso, su participación en la investigación correspondiente, a fin de conocer los riesgos previsibles o contingentes del estudio. El consentimiento informado

ocupa un lugar central como parte de la normatividad de la investigación con seres humanos. Desde el punto de vista clínico, y con base en este principio, el paciente cabal de sus facultades mentales puede renunciar al tratamiento de elección del médico facultativo y optar por una alternativa apegada a sus valores e intereses. Lo destacable, en este sentido, es que también el “juicio ético” del médico se basa mucho en experiencias y opiniones personales, en sus creencias y valores, y no necesariamente en bases científicamente fundadas, y muchas veces, carentes de criterios propios de la bioética.

- *Principio de justicia*: este principio está orientado a garantizar la accesibilidad equitativa de recursos, tratamientos, servicios, atención y cuidado del paciente, y advierte también sobre individuos o pacientes que, en determinadas circunstancias, pudieran tener derecho a diferentes tipos de cuidado, atención o tratamiento, acorde con sus requerimientos particulares. Tanto en la práctica clínica como en la investigación son centrales la atención, el tratamiento o analgésico adecuado, además de asegurar la calidad de la atención integral que demande el paciente. No obstante, debe prevalecer el sentido de equidad que reconoce las diferencias, sobre las que la “casuística” podría resultar importante, aunque no necesariamente suficiente, en la toma de decisiones respecto del tratamiento y cuidado prescrito al paciente.

A pesar de los avances en el conocimiento y el surgimiento de nuevas tecnologías biomédicas, diversos factores dificultan el adecuado manejo y alivio del dolor, sobre todo, del dolor crónico, de manera temprana y satisfactoria (13,4). El manejo adecuado del dolor no se limita al acceso y disposición de medicamentos, es necesario que quienes lo realizan estén debidamente capacitados para su evaluación y tratamiento, pero que, además, dispongan de los conocimientos sobre el debido cuidado y el rol ético frente al dolor y el sufrimiento del paciente (15,16,13).

### 3. El manejo del dolor como un derecho humano

Los derechos humanos son un conjunto de principios, normas y preceptos generales, reconocidos social y jurídicamente sobre el individuo como persona, orientados a garantizar su realización y desarrollo de manera digna, integral y armónica en relación con los demás, bajo principios de igualdad, libertad y respeto recíproco. Los derechos humanos están legalmente establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, proclamada en 1948, en el entorno inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial, la cual está conformada por 30 artículos. De ella, son signatarios todos los países del mundo que la suscriben mediante su adhesión directa o indirecta, a través de sus constituciones políticas y leyes particulares, así como a través de la suscripción de tratados y convenios internacionales, cuya aplicación resulta obligatoria para cualquier autoridad en el ámbito particular de su competencia.

Los derechos humanos refieren a principios universales de reconocimiento sobre derechos y obligaciones bajo la máxima de que “todas las personas son iguales” en tanto que son seres humanos y, como tales, disponen de derechos comunes aplicables a todas las personas sin distinción de sexo (u orientación sexual), edad, raza, nacionalidad, nivel socioeconómico, cultura y creencias, religión u orientación ideológica y política o cualquier otra característica o cualidad de las personas. De ahí que estos derechos sean indivisibles —inherentes a la persona, en cuanto derivan de su dignidad y condición humana—, sean socialmente interdependientes —es decir que su ejercicio está en relación con el otro o los otros y suponen el respeto y cumplimiento recíproco—, además de ser inalienables e indivisibles —en el sentido de que no pueden ser renunciables, transferibles, enajenados, vulnerados, violentados o desconocidos—; asimismo, deben ser reconocidos, respetados, salvaguardados, protegidos y promovidos por el Estado y las instituciones y consagrados en leyes en todos los países y circunstancias de convivencia humana.

Estos derechos, que suponen también obligaciones, se clasifican de acuerdo con la naturaleza, origen, contenido o materia a la que se refieren. De ahí que, en primera instancia, el primer derecho humano sea el derecho a la vida e integridad de la persona, lo que supone derechos a no ser excluido ni discriminado en la persona, grupo social, nacionalidad u otra condición individual o colectiva; derecho a ser libre, sin más restricciones que las que establece o impone la ley en las circunstancias particulares; a ejercer derechos personales como las decisiones sobre el cuerpo, que no comprometan la vida, así como a la orientación sexual; derecho a la seguridad, libre de violencia de cualquier tipo o género; derecho a ejercer libertades civiles, políticas y religiosas, como el derecho a la organización, a pertenecer a partidos políticos u otra asociación civil o política o de credo; derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho a disponer de un trabajo, a la educación, a la conformación de una familia, a la opinión pública e información y, entre muchos otros, el derecho a discernir y no ser coaccionado, obligado o sancionado por sus creencias y valores.

El derecho de disponer de condiciones de vida digna y acceso a servicios de seguridad social y salud que garanticen condiciones de bienestar es un derecho humano que suele ser amplia y sistemáticamente vulnerado en países con debilidad institucional, particularmente en los del mundo subdesarrollado. En particular, el derecho a la salud, consagrado en las constituciones de los países democráticos, refiere al derecho de las personas a contar con la atención sanitaria y el debido cuidado de la salud como una obligación del Estado y de las instituciones destinadas a garantizar dichas obligaciones fundamentales. No obstante, el mismo cumplimiento de los preceptos establecidos al respecto, en uno u otro sentido, podría en muchas situaciones o circunstancias enfrentar el dilema ético y bioético del profesional de la salud de decidir frente a la disyuntiva que implica, por un lado, la responsabilidad ineludible de garantizar al paciente la atención oportuna, adecuada y suficiente conforme al diagnóstico y el protocolo correspondiente y, por el otro, el derecho del paciente a

la autodeterminación “legítima” de decidir libremente sobre la aceptación o no de la intervención terapéutica o tratamiento indicado.

El manejo, tratamiento y alivio del dolor es un derecho humano, cada vez más reconocido como tal (9). A comienzos del presente siglo, Brennan y Cousins consideraron, igualmente, “el alivio del dolor como un derecho humano” (17), susceptible del escrutinio ético y bioético, toda vez que implica la toma de decisiones que comprometen la calidad de vida de las personas. De ahí que “la práctica de la medicina y, más ampliamente, la atención de la salud es teóricamente una empresa ética. En este sentido, el alivio de todas las formas de dolor y sufrimiento es un deber ético de los profesionales de la salud y de la sociedad, y ha sido reconocido en todo el mundo como una exigencia ética y un derecho humano” (17).

No obstante, a pesar de ello, la práctica médica orientada a la atención del paciente queda recurrentemente expuesta al dilema ético que resulta de la decisión adoptada y sus consecuencias y riesgos sobre la salud y calidad de vida del paciente; por lo que ésta, como tal, debe ser relativizada, contextualizada y valorada en relación con sus implicaciones y consecuencias éticas. La consideración del manejo del dolor desde una perspectiva de derechos humanos obliga al profesional de la salud y a las instituciones de atención médica a garantizar el debido cuidado en el manejo del dolor apegado a criterios legales y principios bioéticos.

#### **4. El dolor crónico y la bioética del dolor**

El dolor es una de las causas más comunes por las que los pacientes buscan atención médica (18). El manejo del dolor plantea numerosos desafíos éticos (4,11,12,18,19,20). El dolor, en cualquiera de sus manifestaciones, pero sobre todo en situaciones críticas o de dolor no controlado, plantea dilemas éticos de recurrencia ineludible en los profesionales de la salud. El tema del dolor remite a un conjunto de preguntas (no triviales) respecto de la importancia que tiene el dolor

en la medicina y en la vida personal, el papel que juega el manejo del dolor en la atención clínica integral de los pacientes, y los límites de responsabilidad del profesional de la salud en el alivio del dolor, no solo en la fase final de la vida, sino en cualquiera de sus etapas y circunstancias. La valoración y justificación de la intervención varía en función del modelo o paradigma de atención y cuidado adoptados, y de sus limitaciones, así como de los enfoques y principios éticos desde los que se actúa y justifica una u otra forma de intervención y tratamiento analgésico.

La concepción clínica sobre el manejo del dolor o su negligencia son materia de competencia de la bioética, considerando la relación médico-paciente. La cuestión ética no solo refiere a la decisión y acción del personal médico, también involucra al paciente y, eventualmente, a sus familiares. El paciente adulto y competente puede participar en la decisión adoptada, apegado en el principio de autonomía, acogiendo o, inclusive, negándose al tratamiento elegido (1). En el mismo sentido, del lado del médico, teóricamente cabría también la posibilidad de que éste se rehúse a proveer un determinado tratamiento sobre el cual tiene objeciones morales y/o religiosas. De ello, se derivan preguntas como las siguientes, objeto de consideración de la bioética: ¿sería ético para los profesionales de la salud manifestar sus objeciones a los pacientes?, ¿los profesionales de la salud deberían tener o no derecho a rehusarse a discutir, proveer o referir a los pacientes para intervenciones médicas ante las que tienen objeciones morales?

Ciertamente, la decisión y deberes de la práctica médica pueden entrar en conflicto con sus valores y creencias, a los que pudiera apelar en temas cruciales como el manejo del dolor crónico y sufrimiento del paciente y la administración de analgésicos no ilegales, pero tampoco convencionales o no claramente establecidos. Sobre ello, las tensiones y debates han girado principalmente en torno a las creencias, por un lado, de que los profesionales de la salud no deberían aplicar tratamientos ante los cuales tienen objeciones de conciencia y, por el otro, de que los pacientes deberían tener acceso a tratamientos legales incluso en situaciones en que sus médicos pre-

senten objeciones morales. El manejo y tratamiento del dolor “es una obligación ética” (19). Bioeticistas como Savulescu, citado por Curlin y otros, tomaron posturas tempranas y radicales al respecto, al argumentar que, en este sentido, “la conciencia de un médico tiene poco lugar en la práctica médica moderna” y que, “si las personas no están preparadas para ofrecer atención legalmente permitida, eficiente y beneficiosa a un paciente debido a conflictos con sus valores, no deberían ser médicos” (21).

La afirmación sobre el derecho de los pacientes al alivio del dolor no es una simple recomendación médica, debe asumirse como una convicción moral y una disposición legalmente instituida, que tiene su base en la premisa que asume la defensa de la salud como un derecho humano universal, contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y en un sinnúmero de instrumentos nacionales e internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como “Pacto de San José”; el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador”; la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos; la Convención única sobre Sustancias Controladas, etcétera, en los que se defiende el derecho al disfrute del “más alto nivel de salud física y mental”. El derecho al alivio del dolor está implícito y/o explícito en la defensa al derecho de la salud, que la Organización Mundial de la Salud definió en 1949 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

El dolor, asumido como una experiencia personal y un estado de conciencia, generalmente ligado a padecimientos o situaciones crónicas conlleva a sufrimientos prolongados, no solo físicamente discapacitantes, sino también destructivos del estado emocional y la autoestima de las personas, al ser generadoras de tensiones psicológicas constantes, frustración y amargura en dichos pacientes. Ciertos padecimientos, como los asociados con artritis reumatoide, el daño a las terminaciones nerviosas provocado por la neuropatía diabética,

pero, sobre todo, el dolor oncológico, en general, tienen la particularidad de desencadenar estos efectos prolongados y aniquiladores de los pacientes. El dolor crónico, sobre todo en periodos muy prolongados, no sólo suele generar discapacidad física, sino también alteraciones emocionales en el paciente y en su entorno familiar inmediato (22,23). Este punto de vista teórico remite a autores como Cassell, para quien el sufrimiento ocupa un lugar central en la práctica médica y en la investigación teórica y práctica del dolor (6) y que, desde el punto de vista bioético, al asumirse su abordaje desde un enfoque integral, retomando a Gómez y Grau, citados por De Vera y Guerra, considerara el insuficiente alivio del dolor como “la más escandalosa y persistente de las negligencias médicas” (12).

En particular, el dolor crónico no solo representa un tipo de discapacidad física, también se caracteriza por las perturbaciones emocionales prevaletes en los pacientes con padecimientos de larga duración, susceptible de consideraciones especiales en la práctica médica y bioética enfocadas al tratamiento del dolor. El dolor no es un problema simple, sino un proceso complejo de causas e influencias mitigadoras que se expresa de manera distinta en cada persona que lo padece (24). Al respecto, la investigación reciente aporta evidencias en cuanto a las desigualdades y mecanismos de exclusión social que enfrentan los pacientes con dolor crónico, asociado a factores de clase y condición de raza o etnias a la que pertenecen (7,25).

Los informes de los pacientes con dolor crónico sobre sus condiciones y experiencias revelan que las formas de incompreensión, rechazo y estigmatización dan forma en gran medida a su sufrimiento. Los pacientes se enfrentan a estas experiencias de ostracismo y aislamiento en diversas constelaciones sociales. [...] Estos aspectos contribuyen al problema de la exclusión social de los pacientes que es parte esencial del sufrimiento de los pacientes con dolor crónico (25).

Ciertamente, en las últimas décadas se han producido avances importantes en este sentido, sobre todo desde los enfoques que asumen el cuidado paliativo como un derecho humano universal, en el que,

entre otros aspectos de las políticas y estrategias clínicas de alivio al dolor, se contemplan las condiciones socioeconómicas y socioculturales, como la pertenencia de clases, étnicas y raciales de los pacientes. Ello, debido a que entre muchas otras formas de exclusión social, en distintas partes del mundo aún “existen prácticas discriminatorias contra ciertos grupos de personas con respecto al manejo del dolor, incluida la retención total de los analgésicos necesarios” (26). Las disparidades en la atención del dolor, como en otras formas atención médica, resultan de la estigma y prejuicios raciales y de otro tipo, como el género, las disparidades económicas y otros factores imponen barreras la atención igualitaria de los pacientes.

Al respecto:

[...] las prácticas médicas occidentales tienen una larga historia de mantenimiento de creencias discriminatorias y falsas sobre la tolerancia al dolor en diferentes razas. [...] Como resultado, los pacientes negros a menudo eran operados sin anestesia a pesar de que la anestesia se usaba comúnmente en los pacientes blancos (26).

En Estados Unidos, en particular, aunque no exclusivamente en dicho país, el manejo del alivio del dolor sigue enfrentado los obstáculos que derivan de la estigmatización y exclusión social por razones de clase, racismo y discriminación social.

La evidencia ha demostrado que las minorías, las personas con ingresos más bajos y los hablantes no nativos con dolor crónico tienen menos probabilidades que otros de recibir medicamentos analgésicos. La investigación también ha mostrado que es probable que los médicos de atención primaria subestimen la intensidad del dolor de los afroamericanos, y es menos probable que las farmacias ubicadas en áreas minoritarias tengan existencias adecuadas de medicamentos analgésicos (18).

Un problema colateral que resulta de su abordaje es el de la epidemia en el uso de opioides o medicamentos utilizados para reducir el dolor, que incluyen el uso de analgésicos disponibles legalmente a

través de una receta médica o no, así como el uso de drogas ilegales de distintos tipos. Los daños por el uso indiscriminado de opioides han sido ampliamente documentados en países de altos y bajos ingresos con consecuencias diversas sobre dichos pacientes (27). De ahí la necesidad de reconocer las barreras sistémicas en la prestación de atención del dolor e inste a tomar medidas para eliminar dichos obstáculos.

[...] es necesario ampliar los conocimientos y habilidades para abordar el dolor y dismantelar el estigma relacionado con el dolor [...]. Cuando esté indicado, los médicos deben recetar opioides de forma segura y en el mejor interés de los pacientes. Los legisladores deben trabajar con la comunidad médica para eliminar los límites de prescripción arbitrarios que han causado incertidumbre y temor a pacientes y médicos. Hasta que se eliminen las barreras para la atención eficaz del dolor, no se realizará la transformación necesaria para proporcionar una atención del dolor eficaz y basada en la evidencia (18).

De ahí la importancia de enfatizar en un cambio de paradigma que reposicione o afirme la práctica clínica y el manejo adecuado del dolor, desde una perspectiva legal y de derechos humanos basada en principios bioéticos.

En ningún otro momento de la historia de los campos del dolor, la neuroética y la bioética han sido tan importantes para ayudar a las personas que sufren dolor. La confluencia de desarrollos científicos y tecnológicos junto con una epidemia global de dolor crónico crea desafíos éticos para quienes lo sufren, sus familias, médicos, científicos y formuladores de políticas públicas (28).

El modelo curativo de atención prevaleciente adolece además de ser paternalista y deliberativo, al colocar al paciente y al médico en ámbitos separados y distintos, compite con el de la atención centrada en la persona, la integración y el paciente activo y colaborativo. Frente a dicho modelo tradicional de la práctica clínica, cobra importancia la ética y bioética del modelo integrado, basado en el cuidado, en general,

y los cuidados paliativos en circunstancias críticas que comprometen la calidad de vida o la vida del paciente. Esta nueva práctica en el manejo del dolor plantea cambios de distintos órdenes en las barreras, incluso culturales, necesarias para prevenir, evaluar y tratar mejor el dolor de todo tipo, pero, particularmente, el dolor crónico, debido a sus efectos deletéreos en la población adulta con padecimientos crónicos degenerativos. Frente a ello, lo que parece corresponder es apelar a un modelo intermedio que implique un diálogo abierto y consciente en relación con las múltiples opciones y tratamientos posibles.

## 5. Consideraciones finales

La práctica médica de atención a la salud “es una empresa ética”, como tal, susceptible a la valoración de las decisiones que se tomen, toda vez que comprometen en algún sentido la calidad de vida y/o la vida misma del paciente. En muchas ocasiones la relación médico-paciente podría asumir un carácter “paternalista” por parte de los profesionales de la salud, basada en la suposición de que ellos saben mejor qué es lo más conveniente para sus pacientes y que pueden, en consecuencia, tomar decisiones sin la obligación de informarles sobre los hechos, alternativas o riesgos. No obstante, esta visión podría resultar duramente criticada por violar el derecho de los pacientes a la autodeterminación legítima, en cuanto refiere a un derecho humano. Una opción opuesta a dicho paternalismo clínico sería la defensa absoluta de la autonomía del paciente, lo que reduciría al profesional de la salud a un mero proveedor de servicios, sobre los que el paciente decidirá libremente, con todas las implicaciones que ello conllevaría sobre su salud y condiciones de vida. Ambas posturas reduccionistas han sido duramente criticadas, al nulificar la agencia moral y la responsabilidad del médico.

La ciencia del dolor y la práctica clínica han experimentado avances importantes con el desarrollo e incorporación de tecnologías, así

como el establecimiento de protocolos médicos y la disposición de mayores opciones de tratamiento para el alivio del dolor (29). No obstante, existen evidencias de que el estigma continúa y que “el dolor aún no se maneja bien” (30), ya que, por el otro, frente a las interpretaciones y aplicación práctica de la bioética y los dilemas que entraña el manejo del dolor en circunstancias complejas, se impone el “juicio ético” del médico basado en su experiencia profesional, apegado a sus valores y creencias y, por el otro, al prevalecer la falta de interés por evaluar y considerar los aspectos sociales y culturales que subyacen y repercuten en el adecuado manejo del dolor, particularmente en estados de crisis y complicaciones del paciente en la fase terminal (25) .

La dimensión ética en el cambio de paradigma en el manejo del dolor ha conllevado la reconceptualización integral de la atención y cuidado del paciente en las circunstancias, estado o fase en que se encuentre. Las decisiones pueden variar en relación con muchos factores no solo personales, sino también del contexto sociocultural, así como del entorno institucional desde el cual se interviene. El dilema ético en dichas circunstancias es altamente complejo, al comprometer diversos factores más allá de la normatividad, la voluntad del paciente y las consideraciones éticas de los profesionales de la salud, e inclusive, de los protocolos clínicos de atención y manejo del dolor en las distintas circunstancias y complicaciones clínicas del paciente.

La intervención clínica enfocada a personas con padecimientos de dolor exige la formación y actualización de los profesionales de la salud, así como la adecuación de los sistemas de apoyo en las decisiones sobre el manejo sustentado del dolor, con enfoques multidisciplinarios que contribuyan a su reducción gradual y a minimizar el uso de opioides. El problema en este, u otros sentidos, amerita un cambio de enfoque, con una doble perspectiva: por un lado, que contemple un mayor acercamiento de la práctica médica con los enfoques, principios y criterios con fundamentos en la bioética y, por el otro, que tenga en cuenta dichas implicaciones bioéticas en el trata-

miento del dolor crónico (17). Ello implica un diálogo interdisciplinario que replantee la ética médica tradicional, actualice los ámbitos de actuación e influencia y garantice el establecimiento de pautas y condiciones idóneas y aceptables para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

La práctica clínica en el manejo del dolor, particularmente del dolor crónico, plantea así grandes desafíos bioéticos. Las limitaciones en el manejo del dolor no solo pueden deberse a la falta de tratamientos eficaces, sino también a la insuficiente capacitación y conocimientos médicos, particularmente en las estrategias de cuidados paliativos en pacientes que sufren dolor no tratado al final de la vida, a las que se pueden sumar el temor a violentar los principios éticos y legales establecidos (23), ante los riesgos de acelerar la muerte de los pacientes en estado crítico o generar consecuencias colaterales no necesariamente previstas. La inacción puede prevalecer ante los riesgos de complicaciones. No obstante, el dolor no tratado, o tratado inadecuadamente, puede conllevar consecuencias y efectos devastadores para el paciente y su familia.

## Referencias

1. Boceta-Osuna J, Peiró-Peiró A, Cevas-Chopitea FJ, Vidal-Castro LM, Acedo-Gutiérrez MS, Mayoral-Rojals V. Ethical problems in the management of pain. Qualitative study through open reflection interview. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020; 27(2):89-96.
2. Rich B. A legacy of silence: bioethics and the culture of pain. *J Med humanit [Internet]*. 1997; 18 (4): 233-59. <https://doi.org/10.1023/a:1025697920944>
3. Diccionario de Medicina. Océano Mosby. 2014.
4. Loretta L, Aubut J, Cillberti R. The new challenges for medical ethics. *Bioethics in Medicine and Society [Internet]*. 2020. <https://doi.org/10.5772/intechopen.94833>
5. Panerai A. Pain emotion and homeostasis. *Neurol Sci [Internet]*. 2011; 32. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-011-0540-5>
6. Stiweel P, Hudon A, Meldrum K, Pagé G, Wideman T. What is pain-related suffering? Conceptual critiques, key attributes, and outstanding questions. *The Journal of Pain [Internet]*. 2022 [citado 30 de enero de 2023]; 23(5):729-38. Disponible en: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(21\)00370-9/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(21)00370-9/fulltext)

7. Dinoff B. Ethical treatment of people with chronic pain: an application of Kaldjian's framework for shared decision-making. *Br J Anaesth* [Internet]. 2019; 123(2):179-182. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007091219303241>
8. Cerdio D. The management of chronic pain not oncological: an emerging bioethical challenge. *Medicina y Ética* [Internet]. 2022; 33(2). <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.06>
9. Domínguez C. Ethical considerations about the care of patients with cancer pain in the community. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2019; 35(4):35-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen1.cgi?IDARTICULO=94492>
10. Vera Carrasco O. Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2015 [citado 18 de enero de 2023]; 21(1) 61-71. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000100009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000100009)
11. Sullivan M. Ethical principles in pain management. *Pain Medicine* [Internet]. 2008 [citado 30 de enero de 2023]; 1(3): 274-79. Disponible en: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/1/3/274/1863192>
12. De Vera J, Guerra M. Implicaciones de la bioética en el tratamiento del dolor crónico: el cambio de paradigmas. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2018; 25(5):291-300. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3666/2018>
13. Alves L, Da Costa A, Alves M, Varanda L. El modelo del principialismo bioético aplicado en el manejo del dolor. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013; 34(1). <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100024>
14. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract* [Internet]. 2021; 30(1)17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
15. Ogston-Tuck S. Access to pain management from a legal and human rights perspective. *Nursing standard* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/evidence-and-practice/access-to-pain-management-from-a-legal-and-human-rights-perspective-ns.2022.e11897/abs>
16. Baylor College of Medicine. Chronic pain management: What is the role of medical ethics? [Internet]. 2021. Disponible en: <https://blogs.bcm.edu/2021/11/05/chronic-pain-management-what-is-the-role-of-medical-ethics/>
17. Brennan F, Cousins M. El alivio del dolor como un derecho humano. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2005; 12(1):17-23. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100004)
18. Ama Pain Care Task Force. Addressing Obstacles to Evidence-Informed Pain Care. *AMA Journal of Ethics* [Internet]. 2020; 22(8):709-717. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.709>
19. Carvalho A, Marins S, Jácomo A, Magalhães S, Araújo J, Hernández-Marrero P, Costa C, Shatman M. Ethical decision making in pain management: a conceptual framework [Internet]. 2018; 11:967-976. <https://doi.org/10.2147/JPR.S162926>
20. Baylor College of Medicine. Chronic pain management: What is the role of medical ethics? American Society for Bioethics and Humanities, ASBH, Center for Medical Ethics and Health Policy [Internet]. 2021. Disponible en: <https://blogs.bcm.edu/2021/11/05/chronic-pain-management-what-is-the-role-of-medical-ethics/>

21. Curlin F, Lawrence R, Chin M, Lantos J. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med* [Internet]. 2007; 356(6):593-600. <https://doi.org/10.1056/NEJMs065316>
22. Huang C, Wasserman D. Chronic pain as a challenge for disability theory and policy. Cambridge University Press [Internet]. 2020; 129-140. <https://doi.org/10.1017/9781108622851.015>
23. Jackson V, Leiter R. Ethical considerations in effective pain management at the end of life. UpToDate [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/ethical-considerations-in-effective-pain-management-at-the-end-of-life>
24. Giordano J, Pedroni J. Clinical Bioethics: Pain Research. Practical pain manage [Internet]. 2007; 7(5). Disponible en: <https://www.practicalpainmanagement.com/resources/ethics/clinical-bioethics-pain-research>
25. Koesling D, Bozzaro C. Chronic pain patients need for recognition and their current struggle. *Med Health Care Philos* [Internet]. 2021; 24(4):563-572. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10040-5>
26. Masters A. The politics of pain: Investigating the ethics of palliative as a global human right. *Voices in Bioethic*. [Internet]. 2017; 3. <https://doi.org/https://doi.org/10.7916/vib.v3i.6034>
27. Kaebnick G. Bioethics and addiction. *HCR* [Internet]. 2020; 50(4):2. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hast.1165>
28. Karen D, Buchman D. Introduction to Pain Neuroethics and Bioethics. *Developments in Neuroethics and Bioethics* [Internet]. 2018; 1:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/bs.dnb.2018.08.001>
29. Ferrán D. El dolor, umbral del dolor. Novedades de tratamiento en pacientes con dolor. *Npunto* [Internet]. 2021; iv(35):4-30. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/35/el-dolor-umbral-del-dolor-novedades-de-tratamiento-en-pacientes-con-dolor>
30. Bernhofer E. Bioethics and pain management: A new and practical application. *Pain Manage Nursing* [Internet]. 2019; 20. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.031>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

